

Caldier

1900.

DE

N° 100

L'URÉTRITE ET DE LA BALANITE

NON GONOCOCCIQUES

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1908

PAR

Raoul CALDIER

Né à St-Affrique (Aveyron), le 17 août 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*)
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophthalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. CARRIEU, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
TEDENAT (*), <i>professeur</i> .	LEENHARDT, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Faible témoignage de mon éternelle
reconnaissance*

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection

A MON FRÈRE

A MON AMI ALBERT CHASSARY

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

R. CALDIER.

A MONSIEUR EMILE ROUVIÈRE

A MON ONCLE ET PARRAIN

P. CALDIER

AVOÜÉ A SAINT-AFFRIQUE

*Qui nous a témoigné tant d'affection
depuis décembre 1888 !*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

R. CALDIER.

AVANT-PROPOS

Nous ne pouvons quitter la Faculté de Montpellier sans assurer de notre profonde gratitude M. le Professeur Carrieu, dont la bienveillance nous suivit durant toutes nos études ; il a voulu nous en donner une preuve de plus en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale. Il nous a appris à toujours remonter aux causes et à nous baser sur l'anatomie pathologique pour en déduire le seul traitement rationnel. Son enseignement clinique nous permettra de quitter la Faculté avec assurance.

De M. le Professeur Tédénat, nous nous rappellerons toujours les leçons à la fois si attrayantes et si instructives. Si parfois il nous arrive d'être embarrassé, ses anecdotes sous lesquelles se cachent de profondes vérités cliniques, nous reviendront certainement à la mémoire pour nous fixer la conduite à tenir.

Grâce aux cours et aux démonstrations pratiques de M. le Professeur agrégé Jeanbrau, chargé des maladies des voies urinaires, nous espérons éviter l'écueil qui attend les jeunes médecins dans la pratique de ces maladies.

M. le Professeur agrégé Leenhardt nous apprend à interroger méthodiquement les malades dans ses consultations gratuites, où il se montre à la fois si simple, si bon et si compétent.

Nous nous souviendrons toujours avec plaisir de notre ami, le professeur agrégé Cabannes.

Nous sommes heureux de remercier M. le docteur Bousquet, chef de clinique, MM. les docteurs Gaujoux et Ros, ainsi que les deux docteurs algériens, qui ont mis à notre disposition les observations recueillies par eux.

A tous nos maîtres enfin, merci ! Tous ont droit à notre reconnaissance.

DE

L'URÉTRITE ET DE LA BALANITE

NON GONOCOCCIQUES

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer, au cours de l'année 1908, dans le service de M. le Professeur Carrieu, un cas d'urétrite au cours de la fièvre typhoïde, il nous a paru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Malgré de nombreuses et patientes recherches dans la littérature médicale, aussi bien française qu'étrangère, nous n'avons pu trouver d'autre cas que celui recueilli dans le service de M. le docteur Bar, médecin-major de première classe, et figurant dans la thèse de Legrain, de 1888 : « Les microbes des écoulements de l'urètre ». A ces deux observations d'urétrites, nous joindrons une observation de balanite, de MM. Gaujoux et V. Ros, recueillie dans le service de M. le professeur Baumel, également survenue au cours d'une fièvre typhoïde, ainsi qu'une troisième observation d'urétrite recueillie à l'Hôpital d'Alger.

Voici le plan que nous avons suivi :

Aperçu historique ;
Classification ;
Anatomie pathologique ;
Pronostic et traitement ;
Complications de la fièvre typhoïde ;
Observations ;
Discussion des observations ;
Conclusions.

APERÇU HISTORIQUE

Ce n'est pas sans raison que Jullien a pu dire que la blennorrhagie était vieille comme le monde, puisqu'elle était déjà connue des peuples civilisés de l'antiquité, qui la considéraient comme une maladie contagieuse. Pour cette première période, qui s'étend jusqu'à l'apparition de la syphilis à l'état de pandémie, nous renvoyons au traité de la blennorrhagie de Finger, où elle est longuement exposée. Vers la fin du XV^e siècle, la syphilis entre en scène avec une telle intensité que toute l'attention du monde savant se porte sur elle pour laisser dans l'oubli la blennorrhagie, ou du moins n'en faire mention que d'une façon accessoire.

Jusqu'en 1831, la confusion se poursuit entre la syphilis et la blennorrhagie, entre ce que Fallope appelle la *gonorrhea gallica* ou *vera* et la *gonorrhea non gallica*. La confusion est absolue et l'on regarde le plus souvent la blennorrhagie comme un symptôme tantôt initial, tantôt consécutif de la syphilis : comme conséquence, on les traite l'une et l'autre par le mercure, le gaiac et la sal-separeille. Puis l'on réagit contre cette doctrine de l'identité ou doctrine uniciste, notamment au début du XVIII^e siècle. Mais elle triomphe un moment grâce à Hunter, qui, s'inoculant du pus blennorrhagique en deux points, bien-

tôt recouverts d'ulcérations avec gonflement des ganglions et autres accidents syphilitiques, en conclut que la sécrétion blennorrhagique engendre le chancre. Mais, peu à peu, surviennent de nombreux antagonistes, dont nous citerons un seul, Benjamin Bell, en 1794. La confusion augmente encore ; l'on parle de blennorrhagie constitutionnelle et l'on cite des phénomènes métastatiques dans les poumons, les oreilles, les méninges, etc.

Mais Ricord arriva au milieu de ce chaos d'idées et, sur la base de 667 inoculations, entreprises de 1831 à 1837, il édifie définitivement la doctrine de la non-identité des virus blennorrhagique et syphilitique. Bientôt toutes les oppositions cessèrent, le système était établi solidement et la blennorrhagie à jamais séparée de la syphilis. La troisième période de l'histoire de la blennorrhagie débute avec Ricord. Mais un nouveau débat s'engage sur la virulence et la non-virulence de la blennorrhagie. Ricord est pour la deuxième hypothèse ; c'est un *aviruliste* ; il explique tout par l'irritation ; les virulistes restèrent vainqueurs et les avirulistes devinrent de plus en plus clairsemés. Les hostilités cessent, la discussion s'arrête, on examine le virus de plus près. L'on parle de petits vers vivants, d'infusoire, d'algue génitale, de mycélium et de spores.

Hallier d'Iéna reconnaît dans le pus de la blennorrhagie « une grande quantité de coccus, en partie libres, en partie contenus dans l'intérieur des globules, dans lesquelles ils produisent des vacuoles et qu'ils détruisent ainsi complètement. » Qui donc ne reconnaîtrait pas dans ce résumé le gonocoque décrit sept ans plus tard par Neisser ? Tout y est, sauf le terme de gonocoque. C'est donc à Hallier que revient l'honneur d'avoir décrit le premier exactement le microbe de la blennorrhagie, mais à Neisser reste celui de l'avoir pour ainsi dire divulgué, puisque le mémoire

d'Hallier était resté presque inaperçu. Enfin, en 1879, paraît le travail de Neisser, qui fait connaître la présence d'un microcoque spécifique de la gonorrhée ; il le retrouve constamment, ainsi que Bokai et Finkelstein, qui le cultivent et l'inoculent en 1880. De nombreux travaux se succèdent sans interruption. L'unité des urétrites paraissait à jamais établie lorsque Aubert, de Lyon, après avoir retrouvé le gonocoque dans plus de 200 cas de blennorrhée, cite dans quelques cas compliqués de cystite et d'épididymite non pas le gonocoque, mais une autre espèce de bactéries. C'est dans le *Lyon médical* (13 juillet 1884), qu'il signale ces trois observations. « L'examen systématique de l'écoulement, dit-il, pratiqué depuis quelques mois sur tous les malades qui entrent dans mon service pour une lésion urétrale, m'a fait constater trois fois la présence d'un organisme autre que le gonococcus. Cet organisme consiste en une très petite quantité de petits corpuscules de forme ovulaire et légèrement allongée, fourmillant surtout *en dehors des cellules de pus, et en bacilles* moins nombreux, épars au milieu des autres éléments. La dimension des éléments ovalaires est certainement inférieure à un millième de millimètre, et on trouve des formes intermédiaires entre ces éléments et les bacilles qui les accompagnent. » Il n'y a donc aucune analogie entre eux et le gonocoque de Neisser.

Il conclut qu'à côté de la blennorrhagie ordinaire, existent des écoulements urétraux, dus à des éléments bactériens différents du gonocoque, mais pouvant, comme ceux à gonocoque, s'accompagner de cystite et d'épididymite. Mais il déclare qu'il est impossible, quant à présent, de dire si cette forme bactérienne est primitive ou secondaire, en d'autres termes, s'il existe des écoulements urétraux provoqués primitivement, puis entretenus par la

présence de bactéries, ou bien, si la pénétration et la substitution de celle-ci se fait à une période ultérieure de la blennorrhagie ordinaire. Il est disposé à admettre l'existence de ces deux types.

Voici donc le premier coup donné par Aubert à cette classe pourtant si caractérisée au premier abord, des inflammations de l'appareil urinaire ; mais les progrès de la bactériologie vont encore s'enrichir de nouveaux matériaux, et de nouvelles observations vont apparaître.

Bockhardt et Wolf avaient signalé en 1883 un cas d'urétrite dont le pus contenait des cocci en chaînettes, qui se rapportaient probablement au micrococcus pyogène de Rosenbach, survenu à la suite d'un cathétérisme opéré au moyen d'une sonde imprégnée de pus phlegmoneux.

Puis, de Amicis (*Rivista clinica terapeutica*, mars 1884), examinant le pus de vulvovaginites spontanées survenues chez des petites filles parfaitement vierges, et n'ayant été soumises à aucune tentative criminelle, après avoir produit expérimentalement des écoulements en transportant leur pus dans des urèthes sains, y trouve des diplocoques, qu'il ne peut, à l'époque où il fait ses recherches, différencier des gonocoques.

Icard signale à la Société des Sciences médicales de Lyon (juin 1884), un cas d'urétrite survenu chez un homme dont la femme était atteinte d'un phlegmon péri-utérin.

Rauzier (18 et 25 février 1888) cite trois cas d'urétrites sans gonocoques développées à la suite de coïts avec des femmes indemnes de toute blennorrhagie. Le pus, dans deux cas, renfermait quelques cocci isolés et des diplococci plus volumineux que les gonocoques, ne disparaissant pas par l'alcool, et dans le troisième, des globules

blancs en abondance et des éléments microscopiques divers ne disparaissant pas par l'alcool.

Legrain (août et octobre 1888), a publié un cas d'urétrite dont le pus renfermait le *micrococcus cereus albus* de Passet. Cette urétrite avait été contractée avec une femme soignée récemment pour un phlegmon rétro-utérin.

Castex (juin 1887) a trouvé le *micrococcus pyogenes aureus* dans le pus d'une urétrite consécutive au passage d'une sonde.

Legrain (Th. de Nancy, 1888), a examiné plusieurs fois le pus d'abcès péri-urétraux blennorrhagiques sans y retrouver le gonocoque. Il se demande alors si ce ne serait par le *micrococcus pyogenes aureus* et non le gonocoque que Velander dit avoir observés, dans le pus des abcès du même genre, car ils sont tous deux très difficiles à distinguer sans la méthode de Gram.

En quatre ans (1884-1888), Bockhardt a observé 15 malades affectés d'urétrites non blennorrhagiques, contractées cependant dans un vagin. L'épididymite peut compliquer l'affection. Pas de gonocoque. Dans un cas, Bockhardt a isolé un *staphylocoque* spécial.

Après lui, Castex (1887) et Minguet (thèse, 1892), augmentent encore le nombre des observations et des espèces microbiennes découvertes dans le pus de ces urétrites.

P. Bosc, dans sa thèse de Montpellier de 1894, sur le gonocoque, écrit ceci : « Le gonocoque n'est pas le seul agent de la pathologie inflammatoire de l'urètre ; à côté de l'urétrite blennorrhagique, il y aurait lieu de décrire des urétrites de natures diverses. »

La question devint encore plus complexe quand parurent les observations d'urétrites aseptiques ; autant, en

effet, la conception d'urétrites microbiennes était facilement acceptable, autant l'absence de microorganismes renversait toutes les idées actuelles. Ces faits remettent en discussion la grosse question des urétrites diathésiques et amènent les urologistes à se demander si la goutte, le rhumatisme et l'herpès n'étaient pas suffisants pour provoquer ce catarrhe de l'urètre. Jamin, en 1885, dans un article très complet, rassemble des faits et publie les opinions des divers auteurs sur la valeur de la goutte comme facteur étiologique de ces urétrites, mais sans dissimuler qu'il est peu disposé à croire aux urétrites gouteuses ; il ne donne pas de conclusions définitives.

Guiard (*Ann. Org. gén.-ur.*, 1896, p. 460), rapporte que Lecorché, « dans son important ouvrage sur la goutte (1884), déclare qu'il a vu deux fois un écoulement urétral survenir au cours d'une attaque de goutte, sans que les malades se fussent exposés à contracter la blennorrhagie, mais il se demande s'il ne s'agissait pas simplement d'une inflammation chronique latente de l'urètre profond ». Puis, c'est Guiard lui-même (1893), qui, dans une très intéressante communication, discute l'existence des urétrites gouteuses. Il résulte de cette longue et très précise discussion que toutes les observations sont indéniablement des cas d'urétrite blennorrhagique comme dans les faits de Lecorché et de Jamin. Mais ici, le gonocoque apparaît souvent sans coït suspect et coïncide avec une attaque de goutte. Guiard est plutôt porté à admettre qu'il est possible que la goutte prépare le terrain au gonocoque, mais ne peut créer l'urétrite d'emblée ; il explique alors la provenance des gonocoques en dehors du coït. Plus tard (1897, *Ann. Org. gén.-ur.*), dans un nouveau mémoire, il passe en revue la valeur des différentes diathèses dans la pathogénie de ces urétrites, et s'arrête spécialement au rhuma-

tisme et à la goutte, pour lesquels il rapporte des observations de malades ayant présenté des écoulements sans gonocoques. Il en conclut à la possibilité des urétrites gouteuses, mais ne les donne pas comme démontrées absolument.

En juin 1893, le docteur G. E. Brewer dans *The New-York Academy of Medicine*, relate trois cas d'urétrites survenues, deux chez des jeunes gens, et un chez un homme marié, de 37 ans ; ce dernier cas particulièrement intéressant, en ce sens que deux tentatives de coït sont suivies chacune d'un écoulement muqueux, puis purulent. Dans aucun des trois cas, on ne retrouve de trace de gonocoques ; dans la discussion qui a suivi, les docteurs Bangs, Otis, Taylor ont été d'accord avec le docteur Brewer, pour admettre qu'il peut y avoir des inflammations urétrales, simulant la gonorrhée par leurs symptômes, leur gravité, leur durée, mais reconnaissant d'autres causes que le gonocoque de Neisser, mais ils n'insistent que sur l'absence du gonocoque, et laissent de côté les autres microorganismes.

En 1893, Picard, et en 1887, Turbure, ajoutent de nouveaux cas d'urétrites chez des gouteux, mais sans examen bactériologique.

Legendre signale chez un garçon de 14 ans une urétrite spontanée, durant 12 jours, survenue sans coït, ni masturbation : pour Legendre, ce serait ce que l'on a appelé « le rhume de cerveau de l'urètre », signalé parfois chez les gouteux et les arthritiques.

Fournier, en 1896, incrimine l'herpès, mais ses faits ne sont pas contrôlés par l'examen bactériologique au point de vue du gonocoque.

En 1897, le Congrès de l'Association française d'Urologie mettait à l'ordre du jour cette question des urétrites

non gonococciques ; dans leurs rapports à ce Congrès, J. Eraud et P. Noguès en font l'histoire complète, mais en insistant surtout sur les urétrites secondaires ; en effet, M. Noguès ne relève dans son rapport que 26 cas d'urétrites microbiennes primitives. Or, nous avons deux catégories d'urétrites primitives : celles qui sont microbiennes et celles qui sont aseptiques. Ces dernières sont tellement rares qu'il n'en cite aucune observation probante.

En 1901, A. Burty, plus heureux, a pu en réunir quelques cas publiés depuis cette époque, soit par P. Noguès en 1898, soit par Hogge en avril 1897. Il s'occupe uniquement des urétrites aseptiques, laissant systématiquement de côté celles en nombre considérable, dit-il, qui se sont manifestées dans des canaux, ayant, à une époque quelquefois très ancienne, présenté une infection gonococcique ; il estime ne pas avoir le droit de les considérer comme primitives, malgré la date de la première atteinte.

Il ne prend point aseptique au sens le plus absolu du mot, car, à supposer que l'écoulement fût aseptique, lesensemencements que l'on en ferait seraient certainement fertiles à cause des saprophytes, que Petit et Wassermann ont trouvés dans des urètres de médecins, n'ayant jamais été atteints par la plus petite infection, c'est-à-dire six bacilles, deux sarcines, deux levures, sans parler des micro-organismes, encore plus nombreux, situés dans la fosse naviculaire et décomposant tous l'urée. Bref, malgré la présence de ces microbes normaux de l'urètre, l'écoulement sera aseptique.

Suivent 27 observations d'urétrites primitives aseptiques ; les 4 premières de Noguès, la cinquième de Picard, 4 de Janet, 1 de Jamin, 14 de Hogge de Liège, 3 d'Escat de Marseille et une dernière de Noguès.

Mais ces urétrites primitives aseptiques ne doivent point

nous faire perdre de vue les nombreuses urétrites microbiennes de plus en plus fréquentes depuis que les observateurs ont voulu s'astreindre non seulement à des examens minutieux, mais encore à des inoculations et des cultures.

Bien entendu, parmi ces urétrites vénériennes microbiennes non gonococciques, nous laissons de côté tous les cas d'écoulement chronique avec coques et bacilles autres que le gonocoque, de même que les infections mixtes aiguës avec gonocoques et microbes divers ; et nous ne citerons que les urétrites aiguës avec microorganismes autres que le gonocoque de Neisser.

Prenons d'abord le colibacille : il fut observé par Pezoli en 1866 ; par Janet, en 1894.

En 1895, dans un cas de Van der Pluym et der Lag, le colibacille fut aussi l'agent primitif de l'infection. Un militaire fut pris, deux jours après un coït, de céphalée, le lendemain de fièvre, avec écoulement purulent, miction douloureuse, méat rouge et tuméfié. La fièvre tombe onze jours après le coït et il y a amélioration notable du côté de l'urètre. La guérison survint huit jours après. A l'examen, pas de gonocoques, mais du coli ; la culture et les inoculations aux souris confirmèrent ce diagnostic.

En 1896, Iosopovitch de Constantinople, dans deux cas, put incriminer aussi le coli ; dans le premier cas, la présence du coli fut démontrée par l'examen et les cultures ; dans le deuxième, on se contenta de l'examen seul.

En 1903, Gontier publie un cas d'urétrite à colibacille, avec épидидymite dans les *Archives médicales de Toulouse*.

Bodlander le retrouve en 1903.

Dans l'observation de Legrain de 1888, que nous reproduisons, l'examen du pus, fait à quatre reprises diffé-

rentes, a montré de nombreuses colonies de coques, surtout du micrococcus pyogenes aureus.

Le diplocoque et le streptocoque ont été également constatés à différentes reprises, et, suivant l'ordre chronologique, en 1895 par Witkowsky (D) ; en 1896 par Eraud ; en 1897 par Janet et Noguès au Congrès d'Urologie de la même année. Janet signale 4 cas ; dans l'un, une femme présentant une cystite à diplocoques avait transmis à deux de ses amoureux une urétrite à diplocoques pareils ; dans un deuxième, l'examen décela toute une flore vaginale ; dans un autre, un bacille qu'il décrit avec Noguès sous le nom de bacille-fourmi, bacille qui se décolore par le Gram. B. Goldberg, en 1901, cite un cas d'urétrite primitive provenant d'une infection par cohabitation. Il trouve non des gonocoques, mais des diplocoques se colorant bien par le Gram. L'inoculation sur du sérum sanguin durci donne en culture pure un streptocoque pyogène. La sécrétion prostatique ne contenait pas non plus de gonocoques.

Enfin, M. le professeur Tavel, de Berne, a eu l'occasion d'observer en mars 1902, un cas que nous reproduisons d'après Th. Vannod. Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, bien constitué, n'ayant jamais eu auparavant de gonorrhée, mais ayant des pollutions fréquentes depuis deux ans, qui présente subitement un écoulement abondant gris jaunâtre, séro-purulent, peu de douleurs à la miction, seulement un léger sentiment de brûlure dans l'urètre. A l'examen, on voit de nombreux leucocytes polynucléaires, quelques bactéries et un grand nombre de coques, en partie intra-cellulaires et en partie extra-cellulaires, ne présentant pas le groupement des gonocoques et se colorant au Gram. Les cultures sur sérum, sur agar et ascite agar,

ont toutes donné des cultures pures de streptocoques en longues chaînettes.

Paquet, de Lille, en 1904, cite un cas d'urétrite (*mais chronique*), à streptocoques purs.

On a même trouvé, dans les urétrites aiguës, le bacille diphtérique : témoin les cas du docteur Raskai de Budapest, et Baranikow, qui les ont tous deux obtenus en cultures pures.

Le staphylocoque a été signalé dans quelques cas. Dès 1891, Legrain et Legay l'ont observé avec d'autres bacilles, notamment le bacillus Zopfii assez répandu dans la nature, qui se présente sous la forme de bâtonnets ou de longs filaments ondulés, se segmentant après quelques jours de culture, et le microcoque orangé de l'urètre.

Ce cas d'urétrite se compliqua d'épididymite et de déférentite, qui cédèrent en 10 jours.

Après ce cas sur lequel nous avons insisté parce qu'il est le premier signalé, viennent les deux cas de Menge de 1897 ; mais ici l'auteur n'affirme pas la présence du staphylocoque ; mais elles étaient « probablement » occasionnées par lui.

En 1901 et 1902, Malherbe (H.) a traité deux cas d'urétrites avec staphylocoques blancs provenant de malades infectés par des amies souffrant de stomatite aiguë aphteuse.

En 1902, Johnston (J.-C.) cite deux cas d'urétrites avec, à l'examen, des staphylocoques et des streptocoques.

En 1903, Bodländer observe une urétrite avec staphylocoques et avec coli.

En 1905, Malherbe, Ollive et Léguyer de Nantes, ont signalé un cas d'urétrite staphylococcique qu'ils avaient eu l'occasion d'observer. Comme le fait remarquer Vannod, les deux cas observés par Malherbe sont les seuls où l'on trouve une infection pure de staphylocoques.

Vannod, en 1905, publie un cas qui lui est personnel et que nous résumons. Il s'agit d'un homme de 34 ans, robuste, mais possédant à son actif « un certain dossier d'abus du culte de Vénus », puisqu'en effet, en 1901, il a contracté une cinquième gonorrhée ; mais après la première année de traitement, malgré plusieurs examens faits par des spécialistes des plus compétents, on n'a jamais trouvé ni gonocoques, ni coques, ni bacilles. Depuis 1901, l'écoulement, qui cessait momentanément pendant le traitement, reparaissait dès qu'on arrêtait celui-ci. Quand Vannod le vit, en mars 1904, il ne trouva rien à l'examen microscopique, mais à l'examen local, il constata une prostate agrandie, sensible et dure, laissant à la pression sourdre au méat du liquide prostatique aseptique. Guérison le 6 décembre ; mais après des rapports sexuels, une promenade à cheval et de fortes libations de champagne, il voit reparaître son écoulement, le 12 au matin. L'écoulement jaunâtre renferme des leucocytes, des cellules épithéliales et trois groupes de coques intra-cellulaires, ressemblant absolument à des gonocoques. Mais des membranes blanchâtres qui sortent avec l'urine au milieu et à la fin de la miction, examinées avec le dépôt de l'urine, laissent voir une quantité énorme de coques, analogues au staphylocoque et se colorant par le Gram. Les cultures sur de l'agar simple, de l'ascite agar et sur le milieu de Lipschütz (solution d'albumine, d'œuf et agar), très sensible pour le gonocoque, donnèrent partout des cultures pures de staphylocoques ; une culture faite sur pomme de terre montra qu'il s'agissait de *staphylococcus albus*.

Le malade est guéri fin décembre par des irrigations d'ichthargan de 0,15 à 0,75 pour 1.000. Après quelques réflexions, Vannod en conclut qu'il s'agissait d'une infection staphylococcique aiguë, n'ayant rien à faire avec les

gonorrhées antérieures, qui auraient tout au plus prédisposé l'urètre de son malade à être infecté ; il ajoute que l'examen microscopique ne suffit pas et doit être complété par l'inoculation « car des écoulements, paraissant à l'examen microscopique aseptiques, donnent souvent de fort belles cultures de microorganismes ».

En avril 1907, Picker, de Budapest, publie des cas d'infection staphylococcique de l'urètre et en octobre des cas d'infection staphylococcique des organes urinaires.

Dreyer, de Cologne, en 1904, cite plusieurs cas d'urétrites occasionnés par l'enterococcus de Thiercelin, coque habitant en général l'intestin et qu'il range entre le streptocoque et le pneumocoque.

Lavenant et Trastour publient en 1905, dans la *Tribune Médicale*, une étude sur les urétrites à entérocoques.

De même en 1904, de Rinaldis de Naples, avait observé un cas d'urétrite, à la fois entérococcique et streptococcique.

Il n'est pas jusqu'au pneumocoque qui ne soit capable de produire une urétrite, si nous lisons Blake de Londres, en 1905.

Enfin, une urétrite produite par le bacille de la grippe (influenza-bacille), est signalée par Cohn, en 1905.

En 1906, Myers signale deux cas d'urétrite membraneuse probablement d'origine grippale.

Le pneumobacille de Friedlander est signalé par Picker comme ayant causé une urétrite, par Speck en 1907 comme ayant causé une orchite avec épididymite.

Cottet (J.), en 1900, publie une note sur un microcoque strictement anaérobie trouvé dans les suppurations de l'appareil urinaire.

Bouveyron et Aubert étudient l'infection des voies uri-

naires et de l'urine par un coccus polymorphe (*Lyon Médical*, 1905).

Panachi, de Milan, cite en 1904 un cas d'urétrite non blennorrhagique, d'urétrite urique.

En 1906, Minne et Schinckel (Gand) citent une urétrite par chancre mou.

The haemophilic bacillus, dans un cas d'urétrite purulente, est signalé par Toda (H.), Tokio, mai 1907.

Klieneberger, en décembre 1907, parle des hamoglobino-philen Bazillen dans son étude sur les saprophytes des voies urinaires.

En octobre 1907, Pick écrit un article intitulé : Ueber Meningokokken-Spermatocystis.

Après ce long historique, nous allons reproduire quelques-unes des classifications proposées.

CLASSIFICATION

Nombreuses sont les classifications que l'on a proposées au sujet des urétrites simples : les voici dans l'ordre chronologique.

Legrain les divise en vénériennes et non vénériennes ; Andry, en chimiques, diathésiques, traumatiques et vénériennes.

En 1894, Barbellion écrit dans sa thèse : « A côté de la blennorrhagie vraie, causée par le gonocoque, il y a place pour un certain nombre d'écoulements urétraux ou blennorrhoides, relevant d'une autre cause... Parmi les infections, les unes surviennent chez des individus exempts de blennorrhagies (inf. primitives) ; les autres, au cours de la blennorrhagie (inf. mixtes), et après celle-ci (inf. secondaires). Les premières sont de beaucoup les plus rares. Ces infections saprophytiques reconnaissent des origines externes ou internes. Les microbes normaux de l'urètre et du méat peuvent, à eux seuls, donner une urétrite si les conditions de la réceptivité sont favorables ».

Au congrès d'Urologie de 1897, elles furent divisées en primitives et secondaires et chacune d'elles fut subdivisée en septiques et aseptiques.

Marcel Sée, Faitout et Guiard, en 1897, et Stutel, en 1899, adoptent une classification à peu près analogue, que nous reproduisons ci-dessous.

Urétrites non gonococciques	Urétrites de cause interne	Constitutionnelles (liées à un état général pathologique)	Paludisme.
			Diabète.
	Urétrites de cause externe	Ab ingestis	Fièvre typhoïde.
			Syphilis.
			Herpès.
	Urétrites de cause interne	Constitutionnelles (liées à un état général pathologique)	Tuberculose.
			Oreillons.
	Urétrites de cause externe	Ab ingestis	Diathèse arthritique
			Aliments et boissons.
			Médicaments.
	Urétrites de cause interne	Constitutionnelles (liées à un état général pathologique)	Injection irritante.
			Passage ou séjour de corps étrangers.
	Urétrites de cause externe	Ab ingestis	Contusion de la région prostatique.
			Erection.
			Masturbation.
	Urétrites de cause interne	Constitutionnelles (liées à un état général pathologique)	Coït.
			Microbiennes.
	Urétrites de cause externe	Ab ingestis	Aseptiques.

On n'est pas fixé sur leur fréquence, mais elles doivent être assez rares.

Burty, 1901, propose la classification suivante qui lui semble s'accorder le mieux avec la clinique et la microbiologie.

Il reconnaît deux grandes classes : 1° gonococciques, 2° non gonococciques.

Non gonococciques	1° Microbiennes -- Si le pus contient des micro-organismes autres que le gônocoque.
	2° Non microbiennes ou aseptiques. — Si le pus ne contient aucun microbe malgré l'examen le plus minutieux et le mieux conduit.

Dans chaque classe il y a une distinction capitale, suivant que l'affection est primitive ou secondaire, c'est-à-

dire suivant que le canal, dans lequel elle s'observe, est indemne de tout passé, ou, au contraire, a été antérieurement visité par le gonocoque.

Chez le petit garçon, Gênevoix, en 1904, divise les Urétrites non gonococciques suivant leur étiologie :

I. *Tuberculeuse*. — Rare, encore peu connue, elle peut apparaître comme localisation primitive de la tuberculose chez l'enfant et peut se compliquer de fistules, de rétrécissements. L'écoulement séro-purulent permet de déceler le bacille de Koch.

II. *De cause externe*. — Elles peuvent être liées aux corps étrangers dans le canal, et aux lésions inflammatoires du gland et du prépuce.

III. *Diathésiques*. — Lymphatisme, arthritisme, herpétisme, dont l'urétrite goutteuse est le type, peuvent s'observer chez l'enfant.

Vannod, en 1905, propose de diviser les urétrites aiguës non gonorrhéiques en :

1° Urétrites à infection descendante ;

2° Urétrites à infection ascendante.

Les premières comprennent les diverses urétrites aiguës observées au cours des différentes maladies (typhus, rhumatisme, etc.), et correspondraient aux urétrites de cause interne de Guiard.

En 1906, Rona divise les urétrites non gonococciques, en plusieurs catégories :

1° Urétrites de dyscrasie acide : oxalurique, urique, phosphaturique et dyspeptique, herpétique et due à l'obésité.

2° Urétrites constitutionnelles : lymphatique et scrofuleuse, hémorroïdaire, due au rhumatisme progressif.

3° Urétrites dues à l'involution sénile, à l'athéromatose diffuse, à l'artérite rénale lente.

4° Urétrites thermiques, dues au froid et à la chaleur.

5° Urétrites érotiques, abus vénériens, onanisme.

6° Urétrites traumatiques : par lésions directes (contusions, plaies, chutes) ; par lésions indirectes (bicyclette, cheval) ; par injections urétrales (dans un but prophylactique, pour simuler une maladie).

7° Urétrites dues à des irritations locales (coït avec femme atteinte de leucorrhée ou en période menstruelle ou atteinte de métrites avec ulcération).

8° Urétrites ab ingestis : alcool, bière, médicaments (iodure et nitrate de potassium), aliments spéciaux (asperges, grenouilles ayant absorbé des cantharides, etc.).

Chacune de ces formes de l'urétrite fait le sujet d'un court paragraphe dans lequel l'auteur en expose la symptomatologie.

Dans toutes ces subdivisions, seules nous intéressent les urétrites liées à un état général pathologique, les urétrites encore appelées constitutionnelles. Mais ce groupe comprend à son tour de nombreuses unités, que Stutel dans sa thèse de 1899 étudie d'une façon très complète ; nous renvoyons donc à cette thèse pour cette étude qui serait trop longue, malgré le vif intérêt qu'un tel sujet présenterait.

Nous allons nous occuper exclusivement de l'urétrite au cours de la fièvre typhoïde, mais avant de reproduire les observations, on nous permettra de consacrer quelques lignes à l'étude de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, du pronostic et du traitement des urétrites non gonococciques. Car, si comme nous venons de le voir, il y a de grandes divergences de vue parmi les auteurs, au sujet de la classification, en revanche, l'anatomie patholo-

gique, la symptomatologie, le pronostic et le traitement revêtent le même caractère.

Done, en les étudiant, nous étudions aussi l'urétrite au cours de la fièvre typhoïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des urétrites non gonococciques est peu connue. Elle paraît peu différer quant aux lésions de la muqueuse de l'inflammation gonococcienne ; elle diffère, bien au contraire, quant aux divers microbes qui la provoquent.

SYMPTOMATOLOGIE

Si parfois les urétrites non gonococciques ne se différencient en rien des urétrites à gonocoques, ce n'est point leur caractère général.

Le stade d'incubation manque souvent ; la réaction inflammatoire succède alors immédiatement à la mise en jeu des moyens irritants ou bien ce stade est extraordinairement abrégé ; de toutes façons, l'incubation est plus courte, deux ou trois jours au lieu de quatre ou cinq jours. Que l'urétrite se montre soit au début, soit à la période de déclin d'une attaque goutteuse, par exemple, à la fin de la période douloureuse, elle peut apparaître brusquement ou s'établir d'une façon progressive et continue.

Au point de vue symptomatologique, les urétrites non gonococciques présentent de coutume, les signes d'une inflammation de l'urètre antérieur.

La sécrétion est plus ou moins abondante : elle varie

depuis le suintement muqueux, muco-purulent jusqu'à l'écoulement franchement jaunâtre et épais.

Certains auteurs prétendent que jamais sa-teinte n'atteint la coloration verte du pus blennorrhagique. C'est là, nous semble-t-il, un caractère spécieux.

On peut avoir une absence complète de réaction inflammatoire (rougeur ou gonflement du méat), ou bien, au contraire, des douleurs intenses, des sensations de brûlure, de cuisson au moment de la miction.

Les érections douloureuses sont rares et quand elles existent, moins pénibles et moins fréquentes que dans l'urétrite due au gonocoque.

La plupart du temps, ces urétrites durent peu : elles disparaissent dès que la réaction inflammatoire s'est produite, dès que leur cause est supprimée ou a disparu. Néanmoins, il y a des exceptions.

PRONOSTIC et TRAITEMENT

PRONOSTIC

Ces urétrites sont ordinairement bénignes, leur guérison spontanée est commune pour certaines formes, si bien que les malades s'en préoccupent peu, sachant par avance que la guérison de l'affection amène la disparition de l'urétrite (urétrite rhumatismale).

La guérison peut n'être qu'apparente ; des récidives peuvent facilement survenir, s'il y a des foyers extra-urétraux.

De plus, malgré leur bénignité, elles peuvent donner lieu à des complications du côté de l'urètre postérieur, des glandes urétrales, des canaux éjaculateurs, de l'épididyme. Elles tendent moins à remonter les voies génito-urinaires, sauf chez les prédisposés : chez eux, des complications de cystite, pyélo-néphrite et même d'abcès du rein, sont possibles.

TRAITEMENT

Toutes les urétrites non gonococciques n'ont généralement été soumises à aucun traitement particulier. Elles ont guéri spontanément, à part certaines, fort douteuses à la vérité quant à leur origine.

COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Avant de reproduire les observations, nous pensons qu'il est nécessaire d'étudier rapidement les complications de la fièvre typhoïde, particulièrement en ce qui concerne les organes génito-urinaires.

Déjà, en 1854, dans la *Gazette médicale de Paris*, Chassaignac signale une prédisposition de l'organisme à sécréter du pus à la suite de certaines affections, telles que fièvres graves, érysipèle, fièvre typhoïde. Rien d'étonnant donc à ce que les complications de la fièvre typhoïde soient extrêmement fréquentes : ce sont elles qui, dans la grande majorité des cas, provoquent la terminaison fatale. Elles peuvent frapper chaque appareil, apparaissent, les unes à des époques déterminées, les autres à des dates variables, au cours de la maladie.

Elles sont dues à des causes diverses : dégénérescences parenchymateuses, infections secondaires, localisation anormale ou intensive du virus typhique.

Parmi ces complications, celles qui frappent le système osseux, méconnues longtemps, ont été depuis plusieurs années l'objet de recherches si nombreuses et si importantes que nous ne les citerons pas. Elles commencent par ordre de fréquence à l'ostéite du cubitus ou du radius pour aller jusqu'à la spondylite typhique. Mais, en revanche, les complications portant sur les organes génito-uri-

naires sont assez rares, si on les envisage au milieu de toutes les autres.

En première ligne viennent les orchites typhiques, si nombreuses que, dans ces dernières années, elles ont été l'objet de plusieurs thèses. L'orchite compliquée d'épididymite est aussi relativement fréquente.

Les néphrites, les cystites et les prostatites sont loin d'être rares.

Les épидidymites, dont une des premières fut signalée par Girode en 1892, sont assez rares.

Enfin, nous ne connaissons dans la littérature médicale qu'un seul cas d'urétrite, auquel viennent se joindre les 2 nôtres, donc en tout seulement trois cas. Comme balanite, nous n'avons trouvé qu'un cas, tout récent, observé par MM. Gaujoux et Ros. Voici ces observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Legrain, Nancy)

Il s'agit d'une urétrite survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde que M. Legrain a pu suivre pas à pas.

J..., caporal au 79^e de ligne, entre à l'hôpital le 12 février 1888 pour une fièvre typhoïde ayant déjà quatre jours d'invasion.

La fièvre a évolué sans complications spéciales. Le malade est entré en convalescence vers le 27 mars. Tout allait bien lorsque le 23 mars, après avoir pendant plusieurs jours ressenti de la douleur en urinant, il remarque une tache blanchâtre au méat.

Pendant les jours qui suivent, l'écoulement devient plus considérable et la douleur pendant la miction assez intense. Le premier jet est surtout douloureux. Puis rapidement l'écoulement diminue d'importance ; les douleurs deviennent moins fortes.

Le 26 mars, le malade s'aperçoit après avoir uriné, qu'un filament muqueux légèrement sanguinolent pend au méat.

A partir de ce moment il urine plus souvent qu'à l'ordinaire et l'émission des dernières gouttes lui cause des douleurs qu'il rapporte à la vessie. L'urine est trouble ; il existe un peu de ténésme vésical pendant quelques jours. Mais tous ces symptômes s'amendent rapidement, et trois semaines après le début de l'écoulement le malade sort de l'hôpital entièrement guéri. Aucun traitement n'avait été institué. Le malade était indemne de toute affection vénérienne et n'avait jamais eu que des végétations.

L'examen du pus, fait à quatre reprises différentes, a montré de nombreuses colonies de coques, surtout du *micrococcus pyogenes aureus*. Jamais, il n'y a eu de gonocoque, jamais non plus de bacille typhique.

OBSERVATION II

(Inédite)

Service du professeur Carrière

Due à l'obligeance de M. Bousquet, chef de clinique

L. L..., 15 ans, entre à l'hôpital le 27 avril 1908, salle Combal.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'accident. La mère est décédée des suites de couche il y a plus de 10 ans.

Pas de frère ni de sœur.

Une sœur serait morte à un an de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Pas de maladies.

Opéré le 9 avril d'une cataracte traumatique.

Interrogatoire. — Le malade se plaint d'être mal en train depuis huit jours. De temps en temps, il présente des frissonnements. Il y a trois jours, il a souffert d'une vio-

lente céphalée et de douleurs au ventre, qui ont persisté.

Il n'y a pas eu d'épistaxis ni de mal à la gorge. Il a été constipé jusqu'à hier, mais hier on l'a purgé, d'où diarrhée.

Examen. — Le malade paraît un peu affaîssé. La langue saburrale est sèche, rôtie à la pointe et aux bords.

Le ventre a l'aspect extérieur normal. A la palpation, on note dans la fosse iliaque droite des gargouillements et de la douleur.

Il ne tousse pas. A l'auscultation, pas de symptômes respiratoires. L'examen du poulx nous montre un poulx dicrote régulier, un peu petit. Le nombre de pulsations est de 104. La tension artérielle s'élève à 16.

Le cœur présente un premier bruit à peine un peu soufflé à la pointe ; le deuxième bruit est bien claqué.

M. le professeur Carrieu institue le traitement suivant :

1° Quatre bains à 30°, refroidis à 28°.

2° Quatre cachets de pyramidon de 0,15 par 24 heures.

Le 29 avril, le malade boit assez peu. Il a de la diarrhée (3 à 4 selles par jour). Les taches rosées ne sont pas nettes. On ajoute au traitement une potion à l'extrait de kola. Le lendemain, 30, apparaissent les taches rosées. La température se maintient aux environs de 39 degrés. Le cœur présente le premier bruit, plus mou et allongé.

Le 1^{er} mai, il urine peu (450 grammes). A l'analyse, l'on remarque des traces d'albumine. Le poulx est dicrote (100). Température : 38°6, 39°2.

Le 3 mai, au matin, l'état s'est aggravé (39°2) ; les deux bruits du cœur ne s'entendent presque plus, surtout le premier. Le poulx est à 88. T : 38°2, 38°8.

On donne de la caféine en injections hypodermiques. L'état persiste ainsi durant la journée du 4. Le 5 mai on

remarque une éruption de taches boutonneuses ; les bruits du cœur s'entendent mieux. T : 38°.

Le 6 mai, la température a monté à 39°8 (le malade n'ayant pas pris la veille le cachet), puis chute brusque à 37°8. La diarrhée persiste toujours.

8 mai. — Température plus basse : 38°, 38°3. Diarrhée moindre. Pouls à 64.

On remarque des taches très nombreuses. Le premier bruit du cœur, mal frappé, dénote un mauvais état du myocarde.

9 et 10 mai. — L'état se maintient. La température ne s'élève pas ; elle oscille aux environs de 37°5.

Le 12 mai, le premier bruit du cœur reparaît, mais faible. T : 36°6, 36°9. Le pouls est à 68. Le soir, le malade se plaint de souffrir en urinant. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents (environ tous les quarts d'heure).

La température, le 14 mai, s'élève à 38°5. Le malade est examiné. Sur la chemise se remarquent des taches semblables aux traces que laisse le dessèchement des taches d'urétrite.

Examinant l'urine de la nuit, on remarque quelques gouttes de pus sanguinolent. Le méat est un peu gonflé, mais moins que dans la blennorrhagie. L'expression du canal fait sourdre une goutte de pus blanchâtre, n'ayant pas tout à fait l'aspect du pus gonococcique, car l'écoulement est clair, grisâtre, moins bien lié que l'écoulement dû au gonocoque.

Ce pus a été recueilli et examiné. A l'examen, on n'a vu ni gonocoques, ni bacille d'Eberth mais quelques spermatozoïdes. Le séro-diagnostic fait à la même époque, a été positif.

On n'institue pas de traitement particulier.

Le lendemain, 15 mai, l'état n'a pas varié. Le malade a

uriné deux litres ; il a souffert un peu en urinant. Il souffre aussi si l'on presse sur la région sus-pubienne. Toujours un peu de pus grisâtre, mal lié, à l'orifice du canal de l'urètre.

Cet état persiste, mais en s'améliorant pendant les jours suivants, et le 19, les urines sont devenues claires et l'écoulement a disparu.

La température reste normale. On note seulement de la constipation.

Le 22 mai, nouvelle ascension de la température. Le malade souffre un peu du bras droit.

Le 23, la douleur a augmenté et à l'examen direct on remarque une tuméfaction légère à la partie moyenne du cubitus droit. La pression provoque la douleur. T : 37°; 37°5.

On applique des pansements humides.

Du 23 au 30, l'état reste stationnaire, la température oscillant dans les environs de 37°5.

Le 30 au soir, on note 38°1. Le cubitus, encore tuméfié, est à nouveau douloureux.

Le 2 juin, la température est redescendue au-dessous de 37°. L'ostéite du cubitus semble être entrée en résolution, quoique la douleur persiste, légère.

Les jours suivants, le malade va bien. Seule, la température n'est point tout à fait normale, mais le cubitus n'est plus douloureux, la tuméfaction a disparu. Aussi, le 7 juin, se décide-t-on à alimenter le malade, qui sort guéri le 18 juin.

OBSERVATION III

(Service du Professeur Soulié, Hôpital d'Alger)

(Résumée)

Communiquée par deux docteurs algériens que nous ne saurions trop remercier

M. S., 34 ans, terrassier, sujet espagnol, contracte la fièvre typhoïde en exécutant des travaux de terrassement dans la plaine de la Mitidja. Pas d'antécédents vénériens.

Il est soigné en septembre 1906 à l'hôpital civil d'Alger, salle Pasteur, salle du professeur Soulié.

Fièvre typhoïde normale. Au quatrième septenaire, se produit un écoulement urétral muco-purulent indolore.

L'examen microscopique a été pratiqué par MM. les docteurs Besnasconi et Lemaire. Il révèle la présence des bacilles d'Eberth dans le pus urétral, ainsi que celles de plusieurs coques.

Le malade a parfaitement guéri, sans traitement particulier.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de MM. Gaujoux et Ros

V. V..., âgé de 11 ans. Clinique des maladies des enfants. Malade depuis 10 jours, céphalée, vomissements, diarrhée. Rentre le 6 mars 1908.

Trois épistaxis. T., le 6 au soir, 40°.

Langue saburrale, rouge à la pointe et sur les bords.

Ventre ballonné, douloureux. Gargouillement dans la

fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Rate douloureuse.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Bruits du cœur normalement frappés. Pouls : 90.

Diagnostic : dothiéntérie.

Traitement. — Régime lacté absolu. Potion désinfectante au benzonaphtol. Glace sur le ventre.

L'état persiste jusqu'au 20, la température oscillant entre 39 et 40°. Les bruits du cœur restent bons.

Le 20 au matin, on remarque que l'enfant est plus abattu, le cœur plus rapide, bruits moins bien frappés.

Le ventre est plus ballonné. La pression manuelle provoque de vives douleurs. La tuméfaction dure est limitée à l'hypogastre. L'enfant n'a pas uriné depuis la veille. On remarque aussi de la balanite avec une légère suppuration. Le pus, examiné, a décelé la présence de staphylocoques.

Le malade est sondé à deux reprises différentes et après des complications nombreuses et graves, il sort guéri le 15 mai.

DISCUSSION

Voici donc deux cas d'urétrites survenues au cours de la fièvre typhoïde ; au moment de l'impression, un troisième est venu s'ajouter. Une chose frappe tout d'abord après la lecture : c'est que la première urétrite est à microcoques pyogènes, la deuxième aseptique, la troisième à bacille d'Eberth, de sorte qu'il nous aurait fallu les ranger chacune dans une classe particulière ; voilà pourquoi nous n'avons pas opté pour une classification.

Ce qui nous frappe aussi, c'est que ces urétrites, survenues chez des sujets sans antécédents vénériens, sont nettement primitives. Il ne saurait rester le moindre doute à cet égard, et il ne peut s'agir de réinfection, survenue au cours d'une typhoïde, d'un urètre ayant déjà subi la visite du gonocoque : autant celui-ci est réceptif, autant celui-là est réfractaire à toutes les infections ; ainsi, des cathétérismes sont fréquemment pratiqués dans les urètres normaux avec des sondes de propreté douteuse, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient, alors que les infections secondaires sont fréquentes à la suite de la blennorrhagie. Dans l'observation II notamment, la présence des spermatozoïdes pourrait nous faire incriminer soit une pollution, soit la masturbation. Pour la première, il faudrait en admettre plusieurs, et, de plus, nous n'aurions

pas à la pression d'écoulement de pus. Pour la deuxième, l'état adynamique de notre malade l'élimine d'emblée ; de plus, nous citerons l'opinion de Rona, qui écrit en 1893 : « D'après l'état actuel de nos connaissances, on peut ajouter que l'onanisme n'a jamais occasionné l'inflammation de l'urètre ». Faitout, faisant un article un peu plus tard, sur les urétrites par masturbation, est obligé de reconnaître la présence de gonocoques typiques et de conclure à une incubation prolongée d'origine gonococcique ; ou alors il faudrait admettre que le gonocoque est l'hôte habituel de l'urètre normal, ce qui reste à démontrer.

Nous ajouterons que dans les observations II et IV, de Burty, on a aussi trouvé des spermatozoïdes mêlés tantôt à du coli, tantôt à des leucocytes. Nous dira-t-on que les autres malades ont pu contracter à peu près en même temps que leur typhoïde une blennorrhagie dont l'apparition a été entravée par le cours de l'affection fébrile jusqu'à la chute de la fièvre, et que l'urétrite ne s'est manifestée que quand la fièvre a fait sa défervescence ? mais dans les deux cas, l'urétrite s'est manifestée au cours et non pendant la défervescence de la fièvre et, de plus, l'examen microscopique nous eût donné certainement des gonocoques.

Nous pensons avoir démontré que ces urétrites, et probablement aussi la balanite (M. le professeur Carrieu en aurait observé d'autres cas dans sa clientèle privée), sont sous la dépendance de la dothiémenthérie. Mais comment les expliquer ? L'opinion de Legrain est très plausible.

La fièvre typhoïde se présente comme le processus morbide, qui réunit au plus haut degré les causes prédisposantes et occasionnelles de la gangrène. Que ce soit l'artérite (Potain), que ce soit la tendance aux thromboses (Benni, Hayem), qu'il y ait enfin, dans la production des

gangrènes, coexistence d'obstructions artérielles et veineuses (Chauveau), il est un fait certain, c'est que les gangrènes consécutives à la fièvre typhoïde peuvent survenir dans les parties profondes de l'organisme. Les ostéomyélites ne sont pas rares ; les laryngites nécrosiques ont été observées (Rokitansky et Sestier), la gangrène de la vulve a été signalée (Bernutz, Goupil, Spillmann). Rien n'empêche de supposer que des phénomènes du même ordre puissent se passer du côté de la muqueuse de l'urètre, des ulcérations pouvant se produire au cours de la fièvre typhoïde, ulcérations qui favorisent à leur niveau la pénétration des différents pathogènes normalement dans le canal urétral. Un mot sur une théorie séduisante : ne pourrait-on pas envisager l'affection comme s'étant produite d'arrière en avant ? Ce seraient alors des urines qui, infectées en un point supérieur de l'appareil urinaire, transportent et charrient des microbes dont quelques-uns finissent par se greffer sur la muqueuse urétrale (bactériurie, pyélo-néphrite, cystite, abcès, et surtout prostatite) ?

Est-ce une urétrite par infection sanguine sans que d'autres organes soient atteints ? On en a cité des cas au cours de typhoïde, de pneumonie ; probablement l'urètre alors n'est pas seul en cause ; l'urine a charrié des microbes ou bien la maladie infectieuse a provoqué une prostatite qui a infecté l'urètre de proche en proche, et l'urétrite est alors secondaire. Que conclure dans cette question, où il n'y a d'unanimité que dans le désaccord ?

Nous empruntons à M. Pidoux ce qu'il dit des manifestations du rhumatisme sur l'urètre, dans sa thèse de 1876.

« Personne ne doit se flatter de pouvoir parler ferme sur cette belle question, et je suis venu balbutier à mon

tour. Aussi me garderai-je bien de formuler des conclusions ; il n'y en a pas aujourd'hui de possibles. »

Nous résumons ce que nous avons dit plus haut sur la symptomatologie : l'incubation est plus courte, les symptômes douloureux moindres, la réaction inflammatoire moins vive, la durée de l'écoulement ne dépasse pas 4 ou 5 jours (il est clair, grisâtre, moins bien lié), mais il faut à l'examen microscopique l'absence de gonocoques pour nous permettre de conclure définitivement ; il sera bon de faire des cultures.

Rappelons que récemment Banzet et Krener, sur 533 cas d'urétrite de tout genre, trouvent dans 69 pour 100 le gonocoque ; dans 9 pour 100, des associations microbiennes et le gonocoque ; dans 4 et demi pour 100, les associations seules. Nous pensons que ce dernier chiffre est bien au-dessous de la vérité.

Il n'y a pas de traitement de ces urétrites : on peut leur appliquer ce que disait Ricord de la blennorrhagie : On sait quand elles commencent, Dieu seul sait quand elles guériront. Mais nous ajoutons, elles guériront rapidement.

CONCLUSIONS

I. Les inflammations de l'urètre ne sont pas, sous la dépendance exclusive du gonocoque.

II. Le gonocoque y tient jusqu'ici la plus large place ; mais des écoulements peuvent se produire sous l'influence d'autres nombreux microbes : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, entérocoque, colibacille, bacille de la diphtérie, etc.

III. Les inflammations de l'urètre peuvent être d'origine diathésique.

IV. Au cours de la dothiéntérie, il peut y avoir un écoulement qui n'est pas gonococcique et qui, malgré l'absence de bacilles d'Eberth, paraît être sous la dépendance de la dothiéntérie.

V. Le cas de balanite que nous relatons paraît être aussi sous la même dépendance.

VI. L'évolution de ces affections est très variable : généralement, leur durée est courte, l'écoulement moins abondant et moins douloureux que dans l'urétrite gonococcique.

VII. Il n'y a pas de traitement local de ces affections, ces urétrites disparaissent spontanément.

VIII. Dans les observations que nous reproduisons, l'urétrite n'a pas eu d'influence aggravante sur le cours de la maladie.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 juillet 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 24 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD (P.). — Contribution à l'étude des urétrites liées aux rétrécissements de l'urètre. Thèse de Paris, 1898.
- AUBERT. — Des urétrites bactériennes. *Lyon Médical*, 1884.
- BANZET et KRENER. — Sur 533 cas d'urétrite. 7^e session française d'Urologie. Octobre 1903.
- BARANIKOW (J.). — Zur Bakteriologie der Urethritiden (Rüss. Ztschr. f. dermat. u. ven. Krank.)
- BARNAVO (V.). — Di un urethrite simil gonococcica in una cavia. *Bull. de soc. zool. ital.* Roma, 1906.
- BASSIUS. — Obs. chirurg. med. Holl. Mayd., 1731.
- BERGASSE. — De l'orchite typhique. *Bulletin Soc. Méd. Chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, Valence, 1902.
- BLAKE (E.). — Pneumococcal urethritis in the male. Treatment. Londres 1905.
- BLUMENFELD (M.). — Contribution à l'étude de l'orchite au cours de la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1905.
- BOCKHARDT. — Beiträge zur Aetiologie und Pathologie der Harnrohrentrippers. Vierteljahresschrift. f. Dermat. und Syph., 1883.
- Ueber secundäre Infektion bei Harnrohrentripper. Monatshefte f. prakt Dermat. 1887.
- Beitrag zur K. d. Gonococcus. Monatshefte f. prat. Dermat., 1887.

- BOCKHARDT. — Ueber die pseudo gonorrhöische Entzündung der Harnrohre und des Nebenhodens. Monatshefte f. prat. Dermat., 1888.
- BODLANDER (F.). — Ein Fall von primärer Urethritis non gonorrhöica. Derm. Ztschr. Berlin, 1903.
- BOSC (P.). — Le gonocoque (bactériologie, cliniques, médecine légale). Thèse de Montpellier, 1894.
- BOUYEYRAN et AUBERT. — Infection des voies urinaires et de l'urine par un coccus polymorphe. *Lyon Médical*, 1905.
- BREWER (E.). — The New-York Academy of Medicine, 1893.
- BURTY (A.). — Quelques observations d'urétrites aseptiques. Thèse de Paris, 1901.
- CASTEX. — Urétrite sans gonocoques. *Journal des connaissances médicales*. Juin 1887.
- CHEDEVERGNE. — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations, 1864.
- CHOLET (G.). — L'orchite typhique. Thèse de Paris, 1900.
- JOHN (P.). — Eine primäre nicht gonorrhöische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabacillen. *Deutsche med. Wchnschr.* Leipzig und Berlin, 1906.
- COTTET (G.). — Notes sur un microcoque nettement anaérobie, trouvé dans les suppurations de l'appareil urinaire. C. R. Soc. de Biologie, Paris 1900.
- DO (P.). — De l'épididymo-orchite typhique. Thèse de Lyon, 1900.
- DONNÉ. — Cours de microscopie. Paris, 1844.
- DREYER. — Ueber enterocoken Urethritis. *Monat. f. Urol.* Berlin 1904.
- ERAUD. — Des urétrites non gonococciques. As. fr. d'Urologie, 1897.

- FAITOUT (P.). — Des urétrites non gonococciques. *Gaz. des Hôpitaux*, 1896.
- FINGER (E.). — La blennorrhagie et ses complications (traduit de l'allemand, par Hogge, 1894).
- FRANCESCHINI (G.). — Contributo alla classificazione e alla sintomatologia delle urettriti non gonococciche. *Giorn. ital. delle mal. vén. et della pelle*. Milan, 1905.
- GALEWSKY. — Ueber chronische nicht gonorrhöische Uretritis. *Centralblatt f. d. Krank. d. Harn. und Sex. Org.* Leipzig, 1903.
- GARNIER (M.) et LARDENNOIS. — La pyonéphrose d'origine typhique. *Presse Méd.*, 1901.
- GAUJOUX (E.) et ROS (J.). — La rétention d'urine au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. *Ann. de Méd. et Chir. infantiles*, 1908.
- GENNEVOIX (C.). — Les urétrites chez les petits garçons. Thèse de Paris, 1904.
- GIRODE. — Epididymite typhique suppurée. Rôle pyogène du bacille d'Eberth. *Arch. de Méd.*, janvier 1892.
- GOLDBERG (B.). — Akute primäre streptococcen Urethritis. *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1897.
- GONTIER (D.). — Sur un cas d'urétrite à colibacille avec épидидymite. *Arch. Méd. de Toulouse*, 1903.
- GROSZ (S.). — Ueber nicht gonorrhöische. Uret. *Arch. f. Derm. und. Syph.* Vienne et Leipzig, 1905.
- GUIARD. — Des urétrites non gonococciques. *An mal. org. gén. ur.*, 1897.
- GUISY (B.). — Les urétrites chroniques et leur traitement. Congrès de Lisbonne, 1905.
- HALLIER. — Zeitschrift für Parasitenkunde.
- IMBERT (L.). — Urètre et infection. *Nouveau Montpellier-Médical*, 1905.

- IOSIPOVICE (Sando). — Ein Fall von Urethritis verursacht durch toxischen Urin in einem Fall von Bakteriurie. *Centralblatt. f. Harn- und Sex. org.*, 1894.
- JACCOUD. — Dictionnaire, art. Blennorrhagie.
- JANET (J.). — Les repaires microbiens de l'urètre. *Ann. des mal. org. gén. ur.*, 1901.
- Quelques cas d'urétrites aseptiques et infectieuses primitives. *As. fr. d'Urol.*, 1897.
- JOHNSTON (J.-C.). — Non gonorrhœal urethritis. *Journal of cutan. and genito-urinary dis.*, 1902.
- KURAZOPOULOS (K.-K.). — Y a-t-il des urétrites non gonococciques ? *Iatrike proodos*. En Syro. 1906.
- LABAT (M.). — Les cystites dans la fièvre typhoïde, et en particulier les cystites à bacille d'Eberth. Paris, 1902.
- LAMAIMA (P.). — Su di un casa di uretrite non gonococcica seguita da epididymita et cystite. *Gaz. d'Osp.*, Milan, 1907.
- LAUNOIS et LÆPER. — Orchite typhique. *Bull. et m. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1900.
- LAVENANT et TRASTOUR. — Les urétrites à entérocoques. *Trib. Méd.*, 1905.
- LE FUR et SIREDEY. — Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. In *Nouveau traité de médecine et thérapeutique* de P. Brouardel et A. Gilbert.
- LEGRAIN. — Les microbes des écoulements de l'urètre. *Th. de Nancy*, 1888.
- Les associations microbiennes de l'urètre ; leur rôle, dans la blennorrhagie et ses complications. *Annales des mal. des org. gén. ur.*, Paris 1889.
- Contribution à l'étude de l'étiologie des urétrites non blennorrhagiques. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1889.

- LEGRAIN et LEGAY. — Sur un cas d'urétrite sans gonocoques avec complications d'épididymite. *Ann. des mal. des org. gén. ur.*, 1891.
- LEEB (R.). — Ueber Urethritis non gonorrhoeica und Irritationen urethritiden. *Monatsb. f. Urol.*, Berlin, 1905.
- LUSTGARTEN et MANNEBERG. — Die Microorganismen der normalen männlichen Urethra. *Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.*, 1887.
- MALIERBE (A.) et MALHERBE (H.). — L'urétrite staphylococcique par coït ab ore. *Semaine Médicale*, Paris 1905.
- MALHERBE (H.). — Note sur un cas d'urétrite aiguë à staphylocoques. *Ann. des mal. org. gén. ur.*, 1901.
- MIKHAILOFF (N.-A.). — Traitement des inflammations de la partie antérieure du canal de l'urètre à l'aide de lavages. XIII^e Congrès Int. de Méd., Paris, 1901.
- MINGUET. — De la pluralité des urétrites. Thèse de Paris, 1892.
- MINNE et SCHINHEN. — L'urétrite par chancre mou. *Ann. Soc. Méd. de Gand*, 1905.
- MOSCATO. — Urétrite d'origine palustre. *Il Morgagni*, 1891.
- MOTZ (B.). — Traitement des urétrites chroniques. *Ann. des mal. des org. gén. ur.*, mars 1905.
- MYERS (A.-W.). — Two cases of membranous urethritis probably influenzal orig. *Wisconsin M. J.*, Milwaukee, 1906.
- NEISSER. — Ueber eine der Gonorrhoe eigenthümliche Micrococcusform. *Centralblat. f. d. med. Wissen*, 1879.
- Die Micrococci der Gonorrhoe. *Deutsche med. Vochenschrift*, 1882.
- NOGUÈS (P.). — Des urétrites non gonococciques. Ass. fr. d'Urologie, 1897.

- PANICHI. — Contributo alla studio delle urethriti non blenoragèche urethriti uriche. *Gior. ital. d. mal. ven.* Milan, 1907.
- PAQUET. — Urétrite chronique à streptocoques purs. *Echo Médical du Nord*, Lille, 1904.
- PASCHKIS (R.). — Ueber Komplikation von Blasenstein mit anderweitigen Steinbildungen in Harnsysteme. *Wie. Klin. Wochnsch.*, 1907.
- PATRIS DE BROË. — Etude sur la pathogénie des complications de la blennorrhagie. Paris 1889.
- PETIT et WASSERMANN. — Micro-organismes de l'urètre normal de l'homme. *An. des mal. org. gén. ur.*, 1891.
- PICK. — Ueber Meningokokken Spermat. *Berlin. Klin. Woch.*, 1907.
- PICKER. — Durch Pneumobacillus Friedlander verursachte Urethritis anterior. *Ungar Med. Presse*, Budapest, 1906.
- PICKER (R.). — Cases of staphylococcus infection of the urethra Örvösi hetil. Budapest, 1907.
- PORGES (F.). — Ueber nicht gonorrhöische metastasierende Urethritis. *Prag. Medic. Wochnschr*, 1903.
- POROSZ (M.). — Urethritis non gonococcica und ihre complicationen. *Monatsbr. f. Urol.* Berlin 1904.
- RATIER (R.). — Contribution à l'étude du pronostic des complications et du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. Paris 1901.
- RAUZIER. — Dualité des urétrites. *Gaz. Hebd. des Sc. Méd.*, Montpellier 1888.
- RICORD. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1838.
- RONA. — Ueber Aetiologie und Wesen der Urethritis catarhalis der Kinder männlichen Geschlechtes. *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1893.

- SERRIÈRE. — Du rôle de la prostate dans la genèse des urétrites spontanées. Thèse de Lyon, 1905.
- SINCLAIR (D.-T.). — Acute Urethritis. *Philadelphia M. J.*, 1903.
- SPECK (A.). — Orchite et épépidymite b. pneumoniae Friedlander. *Centralblatt f. Bact.* Iéna 1906.
- SPOONER (H.-G.). — Non gonorrheal Urethritis. *Med. rec.* New-York, 1905.
- STRAUSS. — Les microbes des écoulements de l'urètre. *Union Médicale*, mai 1889.
- STUTEL (L.-J.). — Contribution à l'étude des urétrites non gonococciques primitives. Thèse de Nancy, 1900.
- SUTER. — Aetiologie der infectiosen Erkrankungen der Harnorgane. *Zeitschr. f. Ur.* Berlin u. Leipzig, 1907.
- TADA (H.). — The hæmophilic bacillus in a case of purulent urethritis. *Saïnkinyaku Zasshi*. Tokio 1906.
- TURBURE. — Les urétrites goutteuses. Thèse de Paris, 1897.
- VAN DER PLUYM und TER LAAG. — Der Bacillus coli commune auf Ursache einer Urethritis. *Centralblatt. f. Bakt. und Parasiterkunde*. 1895.
- VELPEAU. — Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales, 1846.
- WÆLCH (L.). — Ueber nicht gonorrhöische Urethritis. *Arch. f. Derm. und Syph.* Wien und Leipzig, 1904.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
